Adénopathie superficielle

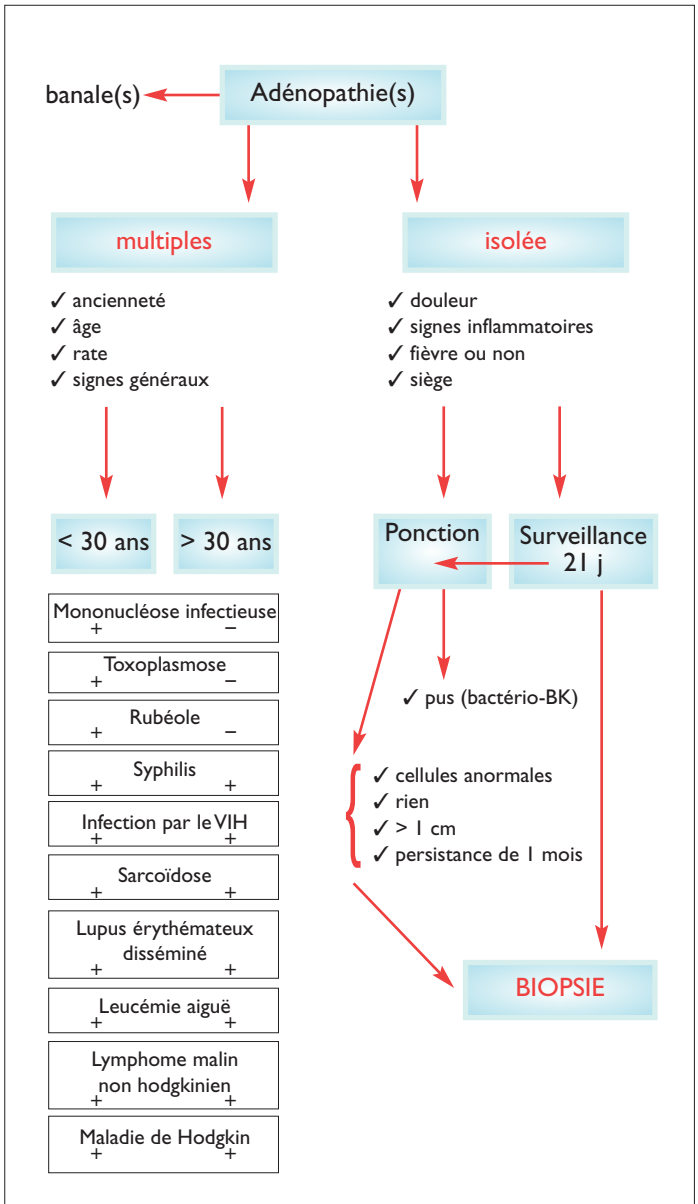
Pr Jacques Pris, Dr Christian Recher

Service d'hématologie, centre hospitalier universitaire Purpan, 31059 Toulouse.

Points Forts à comprendre

- **Les seules adénopathies superficielles que l'on rencontre siégent au niveau des aires ganglionnaires décrites par les anatomistes : cervicales, sus-claviculaires, axillaires, épitrochléennes, inguino-crurales.**
- **Les seules erreurs de diagnostic tiennent à des erreurs de perception (il n'y a pas de ganglion pathologique, ou il y a des ganglions pathologiques, mais on ne sait pas les percevoir), et non pas à des confusions (lipomes, hidrosadénites du creux axillaire, hernie crurale).**
- **Certaines maladies sont l'apanage des personnes jeunes : mononucléose infectieuse, toxoplasmose.**
- **Les ganglions d'allure tumorale, isolés ou non, ne peuvent être rapportés à un diagnostic précis qu'après la réalisation d'une biopsie avec examen anatomopathologique du ganglion prélevé dans son entier.**
- **La ponction ganglionnaire (adénogramme, *v.* Pour approfondir 1) oriente le diagnostic, précède la biopsie, mais ne peut la remplacer ; à l'exception d'une suppuration, elle ne suffit pas à affirmer un diagnostic, même si très souvent, interprétée par un cytologiste qualifié, elle donne des arguments solides en faveur de lymphomes malins non hodgkiniens ou maladie de Hodgkin, métastases, tuberculose, toxoplasmose.**
- **La biopsie ganglionnaire est un acte important : conseillée et orientée par un médecin, elle est réalisée par un chirurgien averti de ce que l'on cherche (*v.* Pour approfondir 2).**
- **La seule étude histologique suffit le plus souvent à affirmer le diagnostic de lymphomes malins non hodgkiniens ou de maladie de Hodgkin ; une étude plus complète par immunophénotypage des cellules lymphoïdes anormales est nécessaire à la caractérisation des sous-groupes de lymphomes malins non hodgkiniens, ainsi qu'à l'établissement de la nature monoclonale des cellules observées. Elle peut, dans certains cas litigieux, confirmer ou infirmer la malignité des désordres lymphoïdes observés.**

La découverte d'une adénopathie superficielle amène rapidement à s'interroger sur sa cause. Pour cela, quelques idées simples permettent de régler rapidement la question posée par bon nombre de malades sans avoir à recourir à des examens compliqués. Si cette première ligne d'examens cliniques et biologiques se révèle négative, se pose rapidement la question « Faut-il faire une biopsie de ce ou de l'un de ces ganglions ? » (fig. 1).
C'est à cette démarche en 2 temps que nous souhaitons répondre. Volontairement, nous avons négligé un certain nombre d'affections rarement rencontrées au moins dans les pays occidentaux (la peste bubonique par ex.).



1 ***Conduite à tenir face à une (des) adénopathies superficielle(s).***

Diagnostic positif

Il est habituellement facile de reconnaître des adénopathies superficielles, tuméfactions arrondies ou ovalaires siégeant dans des territoires parfaitement définis : cervicaux, sus-claviculaires, axillaires, inguinaux, et plus rarement épitrochléens. Ces tuméfactions peuvent rester mobiles, ou devenir fixées en adhérant aux plans profonds ou à la peau. Elles sont douloureuses ou non. Cette sémiologie a de l'importance dans l'enquête étiologique.

Est-il utile de faire confirmer par un examen d'imagerie (échographie, scanner) ce que l'on palpe ? Certainement pas, dans plus de 99 % des cas. S'il y a des masses que nous palpons, il faut espérer que ces examens vont les confirmer (ou il faut envisager de changer de main ou de radiologue). On ne tire donc aucun renseignement supplémentaire par rapport à ceux apportés par un examen clinique soigneux et classique.

Quelques erreurs peuvent être faites :

– les lipomes sont plus superficiels, beaucoup plus mous, souvent symétriques, volontiers héréditaires ;
– les kystes branchiaux dans la région cervicale sont compliqués lorsqu'ils poussent le malade à consulter, et alors infectés ; la ponction en ramène un liquide louche. L'échographie cervicale peut ici être utile ;
– une apophyse cervicale transverse trop longue dans les régions sus-claviculaires peut prêter à confusion ; la radio pulmonaire peut suffire à rétablir le diagnostic ;
– une hernie crurale, avec son lipome pré-herniaire, est impulsive à la toux, du moins en théorie ;
– on a également confondu une adénopathie avec un anévrisme artériel, des neurinomes, des glandes sous-maxillaires hypertrophiées dans les régions cervicales essentiellement ;
– une hidrosadénite dans les creux axillaires peut simuler une adénopathie : c'est une infection des glandes sudoripares de la peau avec érythème cutané, induration douloureuse et parfois écoulement purulent (staphylocoque doré) ;
– une recherche trop rapide de ganglions jugulo-carotidiens ou axillaires peut laisser passer des ganglions pourtant présents. Chez les malades avec un cou volumineux et court, ou chez des personnes obèses, il est parfaitement possible de ne pas retrouver les adénopathies présentes ; l'échographie trouve chez ces malades sa seule indication.

Diagnostic étiologique

La découverte d'une adénopathie impose une enquête étiologique, avec 2 exceptions toutefois :

– un adulte exerçant un travail manuel qui l'expose à de multiples blessures des mains peut avoir 1 ou 2 ganglions mous des creux axillaires, peu volumineux (moins de 1 cm), sans qu'ils soient pour cela pathologiques ;
– de même, il est fréquent et normal de voir apparaître chez un adulte, dans les régions inguino-crurales, des adénopathies non indurées non douloureuses, de 1 cm de diamètre ou plus, aplaties, non pathologiques (dégénérescence scléro-lipomateuse de ganglions chroniquement soumis à une inflammation du fait des blessures minimes des pieds ou des membres inférieurs).

Quelques données cliniques simples vont orienter l'enquête étiologique :

– l'âge : on n'a pas les mêmes maladies à 20 ans et à 60 ans ; c'est le cas par exemple de la mononucléose infectieuse (MNI) ou de la toxoplasmose ;
– le caractère douloureux évoque une infection bactérienne ;
– le caractère isolé de l'adénopathie ou sa multiplicité ;
– une adénopathie isolée dans un seul territoire ganglionnaire fait rechercher une porte d'entrée dans les territoires cutanéo-muqueux de drainage : bactérienne (plaie infectée, angine, ulcérations diverses) ou néoplasique (ganglions rétro-angulomaxillaires des cancers de l'oropharynx ou, plus surprenant mais anatomiquement logique, un séminome testiculaire sur une adénopathie sus-claviculaire gauche).

Quelques examens simples seront prescrits après la constatation d'adénopathies isolées ou multiples : hémogramme, sérologies de la mononucléose infectieuse et de la toxoplasmose chez les gens jeunes, du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à tout âge ; un ganglion inguinal doit faire réaliser une sérologie de la syphilis. Une radiographie pulmonaire est utile face à des ganglions cervicaux, axillaires ou sus-claviculaires surtout s'ils ont une allure suspecte.

Les malades pour lesquels il faut envisager une biopsie sont les suivants :

– ceux pour lesquels les examens biologiques simples n'ont rien montré de significatif ;
– ceux qui ont des ganglions d'allure tumorale (tuméfactions dures, non douloureuses) ;
– en cas de persistance, avec ou sans augmentation de taille 30 j après un premier examen clinique ;
– dans une localisation sus-claviculaire isolée (une adénopathie sus-claviculaire est presque toujours maligne), et a fortiori s'il y a association à une image pulmonaire anormale (médiastin, parenchyme pulmonaire).

Étiologie des principales maladies entraînant des adénopathies superficielles généralisées

1. Maladies virales

• ***Mononucléose infectieuse :*** les adénopathies siégent dans les régions cervicales (sous-maxillaires, jugulo-carotidiennes, occipitales postérieures) ; elles sont rarement douloureuses, souvent tendues et dures ; on peut en retrouver dans les régions axillaires. Elles s'accompagnent d'une angine dysphagique avec fausses membranes et voix nasonnée par hypertrophie des formations lymphoïdes du cavum ; fièvre, fatigabilité extrême, et parfois splénomégalie sont également présentes.

L'hémogramme révèle une leucopénie les premiers jours, une hyperleucocytose avec lymphocytose et présence de cellules hyperbasophiles (CHB) 5 à 6 j après. Ces cellules sont des lymphocytes activés, en raison de la présence de virus d'Epstein Barr (EBV) dans les lymphocytes B ; ce syndrome mononucléosique persiste 15 à 21 j.
Les sérologies sont positives, mais avec retard par rapport à l'apparition de signes cliniques : anticorps hétérophiles révélés par le MNI-test ou la réaction de Paul-Bunnel-Davidsohn souvent positifs après 5 à 6 j d'évolution ; les anticorps spécifiques (sérologie EBV) apparaissent plus précocement, en particulier les anticorps (AC) anti-VCA IgG et IgM ; une infection ancienne (seuls anticorps de type IgG) ne peut entraîner d'adénopathies. Retrouvés négatifs, on doit les refaire 5 à 6 j après si on suspecte le diagnostic.
• ***Infection par le VIH :*** des adénopathies cervicales (jugulo-carotidiennes et occipitales postérieures) sont retrouvées lors de l'épisode de primo-infection, associées à un syndrome mononucléosique sur l'hémogramme. La sérologie est encore négative à ce stade, la recherche d'antigène p 24 est indispensable.
En fait, les adénopathies cervicales multiples et axillaires, avec très souvent une splénomégalie se retrouvent chez 50 à 70% des adultes infectés plusieurs mois ou années auparavant.
Elles persistent plusieurs années et diminuent dès lors qu'apparaissent les manifestations infectieuses du sida avéré et la déplétion des lymphocytes CD4. Leur augmentation de taille associée à une altération fébrile de l'état général fait suspecter une surinfection par une mycobactérie ou un lymphome malin.
Les examens sérologiques par test ELISA réalisés par 2 méthodes différentes et confirmés par un test de Western-Blot (repérage des différents anticorps dirigés contre les protéines de l'enveloppe et du core viral) sont ici positifs. Une biopsie n'est pas nécessaire, mais si on la faisait, on retrouverait une hyperplasie lymphoïde folliculaire faite de B lymphocytes réactionnels.
• ***Autres maladies virales :*** on a signalé des adénopathies au cours du syndrome fébrile qui accompagne la primo-infection par le cytomégalovirus du sujet immunocompétent ; il existe également sur l'hémogramme hyperleucocytose et cellules hyperbasophiles ; les sérologies révèlent des anticorps spécifiques qui doivent être de type IgM pour signer une infection récente, directement responsable de la présence de ces ganglions.
La maladie de Castelman est connue de longue date sous l'aspect d'une tumeur isolée, le plus souvent médiastinale. Les mêmes images histologiques de nodules lymphoïdes agglomérés en pellicules d'oignons se retrouvent dans des ganglions de malades immunodéprimés et en particulier chez les malades infectés par le VIH, mais également par le *Human Herpes Virus* (HHVB) et atteints d'un Kaposi. La durée de survie de ces malades est particulièrement brève.
La rubéole, avec ou sans éruption, s'accompagne d'adénopathies cervicales.

2. Toxoplasmose

Chez un malade non immunodéprimé, l'infestation par *Toxoplasma gondii* qui survient durant l'enfance ou chez l'adulte jeune, entraîne l'apparition d'un ou plusieurs ganglions des régions cervicales (occipitales postérieures, trapéziennes et jugulo-carotidiennes) ; elle peut s'accompagner d'un état sub-fébrile et d'une discrète splénomégalie. Sur l'hémogramme on note une lymphocytose, des cellules hyperbasophiles et une discrète éosinophilie. Ce sont les anticorps spécifiques de type IgM qui font le diagnostic, mais comme pour la mononucléose infectieuse leur apparition retardée doit faire renouveler leur recherche 7 ou 10 j après en cas de négativité et persistance du doute diagnostique. La biopsie, parfois réalisée, montre un ganglion inflammatoire avec présence de nombreux macrophages.

3. Maladies dysimmunitaires

Au cours d'un lupus érythémateux aigu, des adénopathies cervicales (essentiellement) modestes dans leur taille sont retrouvées lors des poussées évolutives.
Dans la maladie de Gougerot-Sjögren, des adénopathies généralisées et principalement cervicales apparaissent longtemps après le début de la maladie. Leur nature mérite d'être précisée par biopsie car si elles sont la plupart du temps inflammatoires et classées comme bénignes et pseudo-lymphomateuses, d'authentiques lymphomes agressifs ont été décrits comme complication évolutive.
Dans la sarcoïdose, les adénopathies superficielles sont cervicales, sus-claviculaires, sus-épitrochléennes et associées aux ganglions thoraciques, hilaires en particulier. La biopsie d'un de ces ganglions révèle un granulome à cellules géantes sans nécrose, ni bacille de Koch (BK) à la coloration de Ziehl.

4. Affections malignes

On pense essentiellement à des hémopathies même si quelques cancers métastatiques (cancer du poumon à petites cellules par exemple) peuvent entraîner des adénopathies généralisées. Les problèmes diagnostiques sont presque toujours facilement résolus car le cancer primitif est en général connu de longue date.
• ***Leucémie lymphoïde chronique*** (LLC) : maladie de l'adulte de plus de 50 ans, elle entraîne des ganglions de 1 à 3 cm de diamètre, souvent nombreux et regroupés en paquets indissociables. Ces ganglions symétriques, très souvent cervicaux, mais aussi axillaires et inguino-cruraux, sont mous, non fixés, non douloureux, non compressifs. La rate, les amygdales peuvent être augmentées de taille.
L'hyperleucocytose et la lymphocytose sur l'hémogramme, la lymphocytose médullaire excessive (plus de 40 %) suffisent au diagnostic. On peut utiliser également l'immunophénotypage des lymphocytes (sanguins ou médullaires) : lymphocytes B (CD19+, CD20+, CD23+), revêtus d'un seul type de chaînes légères d'immunoglobulines, CD5+. Le caractère disséminé des ganglions est un argument clinique important dans la décision de traiter ces malades.

• ***Maladie de Waldenström (ou lymphome lympho-plasmocytaire) :*** elle peut s'accompagner d'adénopathies généralisées ; la présence de cellules lympho-plasmocytaires dans le sang et (ou) la moelle, un pic monoclonal (électrophorèse des protides) de type IgM (immunofixation) sont les arguments nécessaires au diagnostic.
• ***Lymphomes malins non hodgkiniens*** (LMNH) : le plus souvent de type non agressif (ou de « bas degré de malignité »), ils sont constitués de petites cellules lymphocytaires. Ils ressemblent à la leucémie lymphoïde chronique. Ayant très souvent (75 % des cas) une extension hématogène, on accordera de l'importance au fait que les lymphocytes rencontrés ont des atypies cellulaires (noyaux encochés), à l'encontre de la leucémie lymphoïde chronique où les lymphocytes ont une morphologie normale. Les lymphomes malins non hodgkiniens agressifs (« haut degré de malignité ») débutent parfois par des adénopathies multiples. Les ganglions sont durs, non douloureux, compressifs. La biopsie ganglionnaire est nécessaire pour un diagnostic précis.
• ***Leucémies aiguës*** (LA) : c'est au cours des leucémies aiguës lymphoblastiques (et très rarement dans les leucémies aiguës myéloblastiques) que l'on rencontre des ganglions hypertrophiés, de 1 à 2 cm de diamètre, durs, parfois sensibles à la pression, associés à une splénomégalie, ou à un gros médiastin ; la présence de leucoblastes, supérieurs à un taux de 30 % sur le myélogramme en est le signe pathognomonique. Les mêmes leucoblastes sont retrouvés sur la biopsie ganglionnaire (inutile).
Dans la leucémie myéloïde chronique il apparaît parfois des ganglions lors de la transformation en leucémie aiguë.

5. Des maladies cutanées et prurigineuses

Toute maladie cutanée prurigineuse entraîne à la longue des adénopathies dans les territoires ganglionnaires de drainage : eczéma, psoriasis, lymphomes T cutanés, parasitoses diverses (gale, pédiculose), prurit sénile. L'histologie ganglionnaire a été qualifiée d'« adénite lipo-mélanique ». Les adénopathies régressent avec la suppression du prurit.

Étiologie des principales maladies entraînant des adénopathies superficielles localisées

Un ou plusieurs ganglions ne sont retrouvé(s) que dans un seul territoire ganglionnaire.

1. Infections bactériennes

• ***Adénite bactérienne suppurative*** (ou adénophlegmon). C'est une situation dans laquelle une plaie cutanée ou muqueuse a permis à une bactérie (staphylocoque doré le plus souvent) de franchir la barrière cutanée. Qu'il y ait eu ou non une lymphangite entre la plaie et le ganglion, alors que la plaie est en voie de cicatrisation, survient une douleur au niveau d'une adénopathie qui augmente de taille. Les symptômes persistent, plus ou moins abâtardis par des traitements antibiotiques incomplets. Lorsque le malade est vu, il n'y a plus forcément de douleur, la peau est parfois érythémateuse en regard. La ponction ramène un pus franc et bien lié. La culture de celui-ci peut ou non révéler un germe. Complètement vidée cette suppuration peut ne pas se reproduire. Les localisations de l'adénite varient avec la cause et le siège de l'effraction cutanéo-muqueuse :
– rétro-angulomaxillaire après une angine ;
– épitrochléenne ou axillaire après une plaie de la main ;
– inguinale après une plaie du pied.
• ***Maladie des griffes du chat :*** 2 germes différents sont en cause et connus depuis peu : *Rochalimea henselae* et *Afipia felis*. Ils entraînent après griffure de chat ou de plantes (acacia, rosier) une adénite suppurative dans le territoire de drainage. La sérologie a une valeur diagnostique, beaucoup plus que la mise en culture du pus, stérile par les méthodes de culture habituelle.
• ***Tularémie:*** un germe gram-positif, transmis par les rongeurs (lièvre, lapins sauvages) et par contact cutané provoque à son point d'inoculation (blessure infectée) une ulcération torpide avec fièvre et adénite suppurative des territoires ganglionnaires de drainage. La culture des sérosités de la plaie et une sérologie spécifique sont les moyens de diagnostic.
• ***Adénite tuberculeuse :*** elle se rencontre chez l'adulte récemment transplanté, chez l'immunodéprimé (et le VIH en particulier), plus rarement chez un adulte jusque-là en bonne santé. Les ganglions siègent dans la région cervicale et sont peu nombreux voire isolés. Leur développement étalé sur plusieurs mois n'entraîne pas de signes inflammatoires (pas de douleur, pas d'érythème de la peau en regard) ; si le malade consulte tardivement, le contenu caséeux de l'adénite se fistulise à la peau. Les adénopathies sont le signe d'une tuberculisation importante chez un malade non vacciné par le BCG ; il peut exister ou non d'autres localisations viscérales tuberculeuses (pulmonaires, osseuses, ou rénales). L'intradermo-réaction à la tuberculine est habituellement phlycténulaire, à moins que n'existe une immunodépression. La biopsie et la mise en culture du caséum avec présence de bacille de Koch en font le diagnostic.
• ***Syphilis :*** lors du chancre d'inoculation, génital le plus souvent, apparaît un ganglion inguinal, unilatéral. Il est isolé (jadis baptisé « préfet de l'aine ») non inflammatoire (non douloureux). La lésion génitale (chancre du gland chez l'homme) et la recherche de tréponème qui y est faite, contribuent fortement au diagnostic. Les sérologies se positivent dans les jours qui suivent.
Dans les syphilis secondaires apparaissent des ganglions cervicaux et en particulier occipitaux postérieurs. Ils peuvent être généralisés et s'accompagnent d'éruptions cutanées diverses (roséole, syphilides papuleuses).

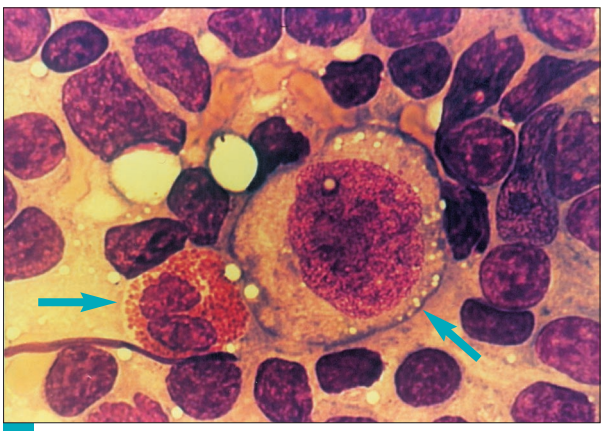
2. Adénopathie métastatique

Les ganglions métastatiques sont durs, symétriques, non douloureux, souvent fixés aux plans profonds et volontiers compressifs (œdème d'amont avec phénomène de la peau d'orange par blocage lymphatique).

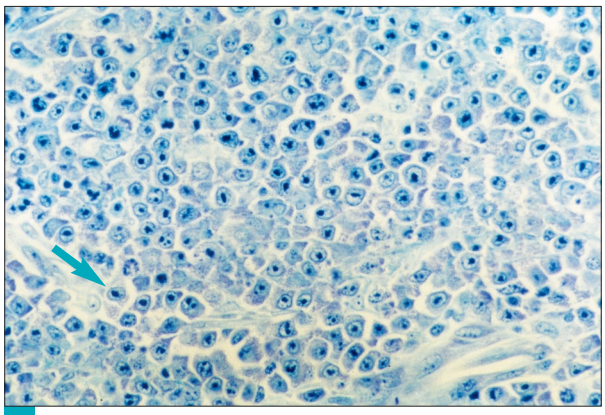
La ponction ganglionnaire, qui montre des cellules métastatiques (amas de cellules non hématologiques), guide la biopsie. Un curage ganglionnaire est indiqué dans ce seul cas.
Lorsque leur siège est cervical, on évoque un point de départ ORL (amygdales, sinus piriforme, base de la langue, thyroïde).
Une adénopathie maligne sus-claviculaire droite fait rechercher un cancer bronchique, et à gauche un cancer digestif (ganglion de Troisier).
Les adénopathies des creux axillaires font rechercher un cancer du sein chez la femme.
Lorsqu'un ganglion inguinal est retrouvé, on recherche un mélanome du membre inférieur ou de la région périnéale, un cancer de l'anus.

3. Maladie de Hodgkin

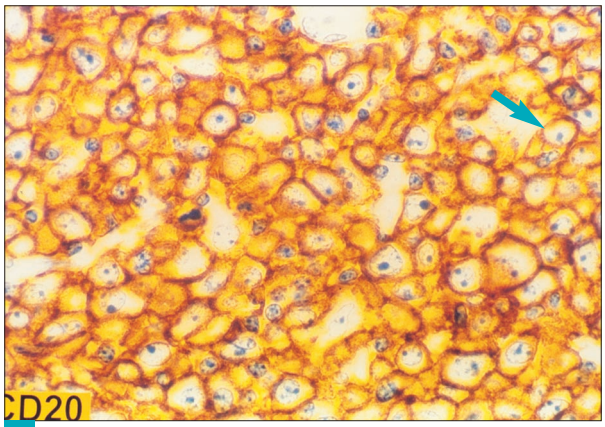
Elle est au début localisée ; dans 60 % des cas, elle a une localisation cervicale. Classiquement, ce sont des ganglions manifestement tumoraux (arrondis et durs), non douloureux, non forcément fixés, peu compressifs, asymétriques. Évoluant lentement, ces adénopathies localisées à un seul territoire ganglionnaire ne deviendront généralisées qu'après 12 à 18 mois d'évolution sans traitement.
Le diagnostic est entièrement basé sur la biopsie du ganglion apparu le premier ; la présence de cellules de Sternberg est décisive (fig 2). Quelques erreurs peuvent retarder le diagnostic, donc diminuer les chances de guérison du malade : on a retardé la décision de la biopsie car malade et médecin sont rassurés, à tort, par l'absence de tout signe autre que ce ganglion ; parfois la biopsie intéresse un ganglion récemment apparu (et non le plus ancien) ; des lésions purement inflammatoires font porter le diagnostic d'adénite banale infectieuse car au début de l'invasion d'un ganglion, « les cellules de Sternberg – diagnostiques » sont rares.



2 ***Adénogramme. Maladie de Hodgkin ; dans le suc ganglionnaire retiré on voit une volumineuse cellule de Sternberg et un polynucléaire éosinophile. Le diagnostic (confirmé par une biopsie ganglionnaire) a pu être porté en moins d'une heure après la première consultation du malade.***



3 ***Biopsie ganglionnaire. Lymphome malin à grandes cellules B ; nappe homogène de grandes cellules à noyaux nucléolés infiltrant l'ensemble du ganglion (coloration par Giemsa).***



4 ***Biopsie ganglionnaire. Lymphome malin B à grandes cellules. L'utilisation d'anticorps monoclonaux anti CD20 permet de caractériser l'immunophénotype des cellules retrouvées sur la figure 3.***

4. Lymphomes malins non hodgkiniens (LMNH)

Qu'ils soient développés à partir des B ou des T lymphocytes, qu'ils soient diffus ou nodulaires, constitués de petites cellules lymphocytaires (lymphomes malins non hodgkiniens peu agressifs) ou de grandes cellules (lymphomes malins non hodgkiniens agressifs) ils sont très souvent localisés (en apparence) ; leur siège est cervical, inguino-crural ou axillaire. Leur diagnostic repose sur la biopsie avec étude histologique classique (fig. 3), l'immunophénotype (indispensable) [fig. 4] et la biologie moléculaire (gène *bcl-2*) pour les lymphomes malins non hodgkiniens à petites cellules B. De cette étude ganglionnaire exhaustive dépendra le pronostic, et encore plus le traitement.
Il convient également de souligner à propos des lymphomes malins non hodgkiniens le caractère trompeur de localisations en apparence limitées : en effet, alors

qu'on ne retrouve des ganglions que dans une seule aire ganglionnaire, les examens complémentaires révèlent d'autres localisations dans les territoires ganglionnaires profonds ou une invasion médullaire détectée par une biopsie de moelle.
Cet apparent caractère localisé de la maladie s'oppose au début réellement localisé de la maladie de Hodgkin. C'est pour cela que dans cette maladie la décision thérapeutique est beaucoup plus basée sur les données anatomo-pathologiques que sur le bilan d'extension anatomo-clinique de la maladie.

5. Adénite réactionnelle (inflammatoire)

Certains ganglions anormaux par leur taille, plus ou moins sensibles, persistent durant plusieurs semaines. La négativité des explorations biologiques réalisées, la persistance du ganglion durant plus d'un mois justifient son exérèse aux fins d'examen histologique. Celui-ci ne résout pas le problème étiologique en répondant : « ganglion inflammatoire », ou « adénite réactionnelle ». Souvent située dans la région inguino-crurale, on évoque une plaie infectée passée inaperçue au niveau des membres inférieurs. Dans certains cas, l'hyperplasie folliculaire importante associée à quelques atypies cellulaires font craindre un lymphome. Les études immunophénotypiques et de biologie moléculaire sont décisives pour décider du caractère monoclonal ou non de cette adénopathie, donc du diagnostic de lymphomes malins non hodgkiniens ou d'adénopathie réactionnelle à un processus inflammatoire indéterminé.

Conclusion

La découverte d'adénopathies superficielles, localisées ou généralisées, est un événement fréquent pour des malades de tout âge. Peu d'erreurs de diagnostic peuvent être faites. Plus difficile peut être la décision de les trouver pathologiques.
L'enquête étiologique arrive à régler des problèmes simples dans la majorité des cas, au besoin en s'aidant de la ponction ganglionnaire.
La biopsie ganglionnaire est décidée soit pour résoudre un diagnostic hésitant, soit le plus souvent pour confirmer celui d'adénopathie maligne. Évaluer avec exactitude (ni trop, ni pas assez) ses indications, le choix du ganglion à prélever, les examens à réaliser sur le ganglion prélevé est un acte médical lourd de conséquences car il ne faut pas méconnaître les diagnostics indispensables pour un traitement adapté et précoce. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

Godeau P, Herson S, Piette JC. Traité de médecine. Paris : Flammarion, 3e éd., 1996.

POUR APPROFONDIR

1/ Ponction ganglionnaire

C'est une aspiration de suc ganglionnaire réalisée à l'aide d'une seringue et d'une aiguille intramusculaire ou sous-cutanée. Le suc ganglionnaire recueilli en très petite quantité est étalé sur une lame de verre et non fixé (laisser sécher) puis coloré, comme une formule sanguine, par un May-Grünwald-Giemsa. Cet examen est aussi dénommé adénogramme.
Facile à réaliser, non douloureuse, elle peut être effectuée lors d'une consultation ; elle permet un résultat valable immédiat (pus d'une adénite suppurée) ou dans la journée.
Par contre, elle ne permet pas de connaître la structure ganglionnaire ; il n'est donc pas possible de faire un diagnostic du type exact de lymphome ou de cancer responsable d'une métastase.
L'exiguïté du prélèvement expose à un résultat faussement négatif ; dans ce cas, si le tableau clinique est évocateur de tuberculose, de lymphome ou autre processus malin, il convient de compléter par une biopsie du ganglion suspect.

2 / Biopsie ganglionnaire

Le prélèvement d'un ganglion dans sa totalité, par un chirurgien, sous anesthésie locale (rarement générale), permet une étude de la structure d'une adénopathie et de la nature des cellules qui l'infiltrent. Le ganglion prélevé est donc confié à un anatomo-pathologiste.
En cas d'adénopathies multiples, on privilégie les ganglions de siège cervical ou sus-claviculaires. La biopsie d'un ganglion axillaire peut être techniquement difficile et expose à des complications ultérieures de blocage lymphatique ; le prélèvement d'un ganglion inguino-crural, facile, risque de déboucher sur un résultat faussement rassurant car ces ganglions souvent hypertrophiés, ne sont le siège que de modifications fibreuses et inflammatoires sans spécificité.
Le ganglion enlevé est coupé en deux ; la tranche de section apposée sur une lame de verre sèche permet une étude cytologique fine comme celle que l'on peut réaliser après ponction.
Une moitié du ganglion, confiée dans l'heure qui suit au laboratoire d'anatomo-pathologie, peut être congelée aux fins de réalisation de réactions d'immunophénotypage. L'autre moitié est fixée dans un liquide à base de formol et fera l'objet de colorations classiques et de phénotypage immunologique.
Sur ce ganglion prélevé, on sait également réaliser un caryotype, des réactions de biologie moléculaire, des prélèvements à visée bactériologique ou virale.

Points Forts à retenir

- **Savoir énoncer la démarche diagnostique à adopter face à une ou des adénopathie(s) apparues récemment.**
- **Pouvoir dire à quel moment devient nécessaire une biopsie ganglionnaire et être capable d'en planifier la réalisation.**
- **Connaître les apports respectifs d'une biopsie et d'une ponction ganglionnaire (ou d'une apposition).**
- **Pouvoir énumérer les différentes causes d'une adénopathie localisée en fournissant pour chacune d'elles les principaux moyens de diagnostic.**